

cuadrinando entre sus ancestros, resultó que varias generaciones atrás había habido muchos marinos, y entonces el dato quedó guardado en el subconsciente y transmitido a la especie por herencia.

Las interpretaciones de las paramnesias son varias; pero en mi concepto la más plausible es de que el error de la relación proviene de una confusión entre la memoria y la imaginación: suponer que se reproduce y por lo tanto se recuerda o se reconoce lo que se inventa, y dar como concedido que lo que se inventa o crea no es sino una repetición de lo ya efectuado. Y es que los límites entre las dos funciones del espíritu no se pueden precisar, dice Gabriel Tarde. Una es conservadora y la otra fantástica, y no hay que aplicarle a una lo que es dependencia de la otra. Las dos se valen de imágenes, pero en la conservadora se respetan los íconos y en la productora se combinan dando lugar a nuevas formas. La memoria es reverente para el pasado, y la imaginación es el ariete que impulsa al progreso por sus atrevidas y nuevas concepciones.

Y ahora en el caso en cuestión, señores académicos, vosotros diréis si el enfermo de que os hablo adivinó en sueños los hechos de su vida diaria, o bien si la renovación de la amistad con el padre del infante descalificado, el arreglo económico que se suponía imposible, con un Vulcano infernal, por su renuencia, la aparición de una fea taqui-mecanógrafa que pide una máquina, y la contienda abierta entre dos celeberrimos educadores, no son sino las novelas hechas por acontecimientos, a los que se les pone prólogo después del epílogo.

Tenéis la palabra: ¿Sueños premonitorios o paramnesias? ¿Paramnesias o sueños premonitorios?



Tratamiento de la Atrofia Optica por la Simpatectomía Carotidiana y la Extirpación del Ganglio Estelar

Por el Dr. RAUL ARTURO CHAVIRA *

Hace justamente cuarenta años que un genio francés, Charles Abadie, oftalmólogo, llamó la atención al mundo médico acerca de la patología del simpático; el año de 1896, en un Congreso de Cirugía

* Trabajo reglamentario de turno, leído en la sesión del 9 de junio de 1937

abordó la "Naturaleza y tratamiento del bocio exoftálmico" y en 1901, en un artículo que apareció en los Archives de Ophthalmologie titulado "Considerations sur la physiologie et la pathologie du grand sympathique", escribió estas hermosas líneas: "Es probable que en el funcionamiento de las vísceras y de los órganos glandulares los vasodilatadores gocen un gran papel, pues es por el aporte sanguíneo a esas glándulas que las secreciones que producen puedan ser modificadas en cantidad y calidad y de fisiológicas convertirse en patológicas", y agrega en otro lugar: "el glaucoma es una enfermedad del simpático que inerva los vasos del ojo más que el ojo mismo"; "obrando en el glaucoma sobre el simpático, se llega a disminuir la tensión intraocular y, efectivamente, aquellos que han practicado la ablación del ganglio cervical superior han observado efectos desfavorables sobre la tensión intraocular".

Estos conceptos de Abadie lo colocan, en mi concepto, como el creador de la fisiopatología del sistema simpático.

De entonces a la fecha los trabajos científicos se han multiplicado para poder escribir muchos libros acerca de estas cuestiones; desde los clásicos de Jonesco, de Bussy (1), de Moores Ball (2), de Demicheri (3), de Rohmer (4), de Lagrange (5), de Dunn (6), de Goebel (7), del mismo Abadie (8) en 1925, de Laubert (9), hasta los interesantísimos escritos en estos últimos años de Hering (10), Bailart (11) y Magitot (12).

Gratamente impresionado por el relato de las curaciones obtenidas por este último autor en las lesiones retinianas y atrofia óptica con la simpatectomía carotidiana y la extirpación del ganglio carotidiano, y en visa del fracaso obtenido aun con los más modernos tratamientos de la sífilis nerviosa, resolví tratar con este procedimiento a un grupo de enfermos, ayudado por los señores doctores Felipe Aceves, Clemente Robles, Ramírez López y Bernardo Mortera.

La idea de mejorar la visión en la atrofia óptica por modificaciones vasomotoras se encuentra realizada en los trabajos de Goebel (7), quien, en 1911, hacía masaje aspiratorio del ojo para acelerar la circulación; en los de Demicheri (3), quien hacía ya en 1900 inyecciones subcutáneas y subconjuntivales de nitrito de sodio, y en los de Leriche, citado por Magitot (12), quien hizo por primera vez esta operación en 1920,

M. J. Laubert (9), de Varsovia, el año pasado aborda el problema terapéutico de estas dos maneras: trata de suprimir la hipotonía vascular general que se encuentra casi siempre en los tabéticos, según estudios de su discípulo Sabanski; o baja la presión intraocular, por medios médicos o quirúrgicos; prefiere la simple ciclo-diálisis a la operación de Leriche y de Royle que produce también hipertensión arterial y aceleración cardíaca, ya que el seno carotidiano y sus nervios constituyen "un sistema de cardiorregulación".

El mismo año Magitot y Löwenstein (12) extirparon el ganglio intercarotidiano, haciendo la decorticación de la carótida primitiva.

La primera intervención que hicimos con el doctor Robles consistió en la ablación del ganglio estelar izquierdo, con simpatectomía pericarotidiana, con objeto de seccionar absolutamente todos los filletes nerviosos del paraganglio y de los que suben al encéfalo sin pasar por dicho órgano, habiendo obtenido un notable éxito (Obs. 1 y 8). Para Magitot la simpatectomía arterial unilateral produce:

1° Hipotensión arterial retiniana (inmediata, bilateral y transitoria).

2° Hipertensión arterial (bilateral y transitoria).

3° Hipotensión arterial (bilateral).

4° Oscilaciones de la presión sobre la cifra inicial antes de marcar la presión primitiva.

La simpatectomía bilateral trae estas modificaciones:

1° Hipotensión (inmediata, bilateral y transitoria).

2° Hipertensión retiniana (24 horas después de la operación, bilateral, de larga duración).

3° Débiles oscilaciones de la presión arriba de la primitiva y de muy larga duración.

La presión arterial general sube ligeramente en las primeras 24 horas, y sus modificaciones no corresponden a las oscilaciones de la presión arterial retiniana; lo mismo las que se han observado en el L. C. R. no explican estos cambios de presión. El tono ocular presenta escasas modificaciones; de manera, concluye Magitot, que las alteraciones que presenta la circulación de la retina se deben a modificaciones de la red cerebral producidas por la liberación de los cen-

tros intramurales y por la supresión de los nervios del paraganglio, que trae una mejoría de la circulación y por ende de la visión; “no todas las fibras del nervio—afirma Magitot—se han degenerado en las atrofas; algunas que han escapado al proceso, mejoran su función al ser mejor irrigadas”.

En la estelectomia he observado el síndrome de Claudio Bernard Hornes; está caracterizado por estos síntomas, que no se presentan siempre reunidos:

1º Miosis;

2º Ptosis y estrechamiento de la hendedura palpebral;

3º Cierta grado de enoftalmía;

4º Modificaciones de la agudeza visual;

5º Modificaciones de la tensión ocular;

6º Modificaciones de la circulación ocular y síntomas accesorios:

A) Cambios de la coloración del iris; B) Algunos fenómenos accesorios.

Todos estos síntomas no se presentan siempre en el enfermo, siendo unos más constantes que otros; en la observaciones Núms. 1 y 8 he visto aparecer el síndrome en los momentos que siguen a la estelectomía y decorticación carotidiana; otras veces observé que la miosis, el estrechamiento de la hendedura palpebral y las modificaciones de tensión de la retina, aparecen 6 a 8 horas después de la operación, o días después. El estrechamiento de la hendedura palpebral se debe a una ligera ptosis y a una ligera elevación del párpado inferior; el párpado superior está caído por hipotonía y el elevador del párpado no está paralizado. La miosis, producida por parálisis simpática, es frecuentemente observada casi al terminar la operación.

La enoftalmía es real y las medidas verificadas por Weill y Nordman con el exoftalmómetro de Hertel, en enfermos operados de sección del simpático, acusan una enoftalmía de 2 milímetros. La he visto aparecer 6 a 8 horas después de la operación. Terrien cree que es debida a una disminución del tejido célulograsoso de la órbita; esta hipótesis sólo es plausible cuando se trata de una enfermedad crónica; pero en el caso que nos ocupa debe intervenir el sistema neurovegetativo con una fuerte vasoconstricción que produce disminución de la tensión ocular y disminuye el contenido del fondo de la órbita. El tono ocular se eleva inmediatamente; Baillard, en un en-

fermo operado por Leriche, vió la tensión subir de 20 a 26 m.m., síntoma pasajero y fugaz; la tensión vuelve a la normal y cae posteriormente abajo de su cifra primitiva.

Entre las modificaciones de la circulación ocular se cuenta una hiperemia conjuntival y las modificaciones vasomotoras retinianas descritas por Magitot y que señalé en líneas anteriores; experimentalmente la excitación del simpático cervical en el gato produce un estrechamiento de las arterias retinianas y la sección una dilatación de estos vasos. Horner y Galezowski, en 1911, señalaron la heterocromía del iris, acompañada de catarata en la sección del simpático. El iris es más claro del lado paralizado. Es producida por una modificación trófica; lenta en producirse; no la he observado en mis enfermos.

Entre los síntomas accesorios se debe señalar, con Terrien y Camus, un aumento de la refracción de 1 a 2.50 en el mono y en el conejo después de la sección del simpático. Pourfour du Petit ha señalado una exageración en la secreción de las glándulas de Meibomius.

La glándula lagrimal posee inervación simpática y parasimpática, la sección del primero produce disminución ligera del lado operado.

El Dr. Fernando Valdés nos informa a su regreso de Europa, que en Alemania, la ablación del simpático cervical es cosa frecuentemente practicada en la retinitis pigmentaria con un magnífico resultado. Nosotros no hemos obtenido ninguna mejoría en nuestros enfermos.

He aquí diez observaciones:

Atrofia post-neurítica en ambos ojos. Obs. Núm. 1. Marcelina E. de 33 años, viuda, obrera, originaria de esta ciudad. Antecedentes hereditarios sin importancia.

Antecedentes personales. Ha padecido de neumonía y de cólicos hepáticos; tuvo un aborto y cuatro hijos que murieron.

Estado actual. En mayo de 1933 notó una disminución de su visión, con vértigos, náuseas, dolores en el globo ocular; tres meses después desaparecieron estas molestias, pero la visión siguió disminuyendo al grado que presenta en el momento del examen.

Reacción de Wassermann. Ligeramente positiva,

Diagnóstico. Atrofia post-neurítica en ambos ojos. Agudeza visual igual a: 2.1/2 metros distingue la primera letra de la escala decimal con el ojo derecho; ojo izquierdo: dedos a 20 centímetros.

Pupila del ojo derecho con reacción a la luz a la acomodación; la congénere inmóvil. Tensión ocular, O. D. igual a 25. O. I. igual a 28. Tensión arterial Mx. 130. Mn. 70. Pulso 80. Pruebas de laboratorio: tiempo de coagulación 8 minutos; de sangrado 1.1/2 minutos; rosa de Bengala positiva a los 20 minutos; ptaleína eliminación a los 15 minutos 40%; a los 60: 35% a los 60: 15%. Intenso tratamiento a base de Hg. y Bi.

Operada por el Dr. Clemente Robles el 3 de marzo de 1935; hizo la resección del ganglio estelar izquierdo y simpatectomía peri-arterial. Al día siguiente se notó ligera enoftalmía con disminución de la hendidura palpebral del mismo lado.

Mayo 8 de 1935. Tensión ocular O. D. igual a 15. O. I. igual a 18. Visión O.I. Dedos a 1 metro. O. D. agudeza 2/10.

Octubre 11, agudeza O.I. dedos a 5 metros O.I agudeza 2/10.

Tensión igual O. D. 22 m.m. Tensión O.I. 22 m.m.

El campo visual nulo se hace aparente y es posible tomarlo. El 28 de marzo misma operación en el lado derecho.

Abril 12 de 1935. Agudeza visual de ese lado a 3/10.

Se tomaron los campos visuales, notándose una mejoría en todos ellos.

El ganglio estelar fué examinado por el Prof. Ochoterena y encontró lo siguiente: mezcla en su textura histológica de elementos simpáticos y parasimpáticos; existencia de unas células ramosas, que sólo se encuentran en los procesos tóxicos intestinales.

Cuatro meses después subió su agudeza visual a 4/10.

Un año después la enferma acusa la misma mejoría en su visión.

Obs. Núm. 2. Antonio Ch., de 19 años de edad, obrero, originario de Jiquilpan, Mich., ingresó al Hospital Juárez el día 1º de octubre de 1935; cama 2, sala 19.

Antecedentes hereditarios sin importancia. Antecedentes personales patológicos. Tuvo paludismo a los diez años; una dermatosis cuya naturaleza no es posible precisar, hace seis; catarros frecuen-

tes; chanero duro hace 4 años. Un análisis que se practicó hace 2 años del L. C. R. dió un Wassermann positivo.

Hábitos. Etilismo durante dos años; tabaquismo ligero.

Estado actual. Hace 6 años comenzó a ver nublado con el ojo derecho, un año después mismo trastorno con el congénere. Tuvo dolores de cabeza intensos por esa época, desvanecimientos, zumbidos de oídos; actualmente su visión está muy disminuída, puede leer letras grandes a la distancia de 30 centímetros con sólo el ojo izquierdo.

Exploración física. Cráneo dolicocefalo; no hay cadenas ganglionares ni exóstosis. Cara, cejas y párpados normales. Pterigión interno del ojo izquierdo, estrías vasculares en la esclera de ambos ojos; pupilas en midriasis con reflejos disminuídos a la luz y a la acomodación; movimientos del ojo normales.

Boca normal; cuello normal. Tórax: murmullo vesicular normal; ruidos cardíacos también normales. Abdomen nada anormal. Miembros superiores: no se perciben ganglios crecidos. Pulso de 72 por minuto. Miembros inferiores: ganglios inguinales crecidos en ambos lados.

Aparato nervioso y circulatorio, normales. Urinario: se observa sólo nicturia; digestivo, síndrome hiperelorrhídrico.

Examen oftalmológico: medios transparentes normales, fondo del ojo derecho: retinitis pigmentaria; izquierdo: atrofia post-neurítica y retinitis pigmentaria.

Tensión ocular O.D. 25. Octubre 5 de 1935.

„ „ O. I. 25 al Schiötz.

„ arterial Mx. 135.

„ „ Mn. 100. Pulso 95.

Agudeza visual O.D. Luz.

„ „ O. I. Dedos a 1 metro y 1/2.

En el ojo derecho el pigmento comienza a hacerse notable a dos diámetros al rededor de la papila; ésta es roja, con vasos muy delgados; una estría blanca de cuatro centímetros de extensión cruza el fondo abajo y adentro; el pigmento se aglomera sobre todo a lo largo de los vasos y en el ecuador del ojo; en la parte inferior de la

papila se notan unos exudados blancos muy finos, se ven copos flotantes en el vítreo.

Ojo izquierdo: hay también cuerpos flotantes; papila blanca, con exudados peripapilares. Vasos de la retina muy flexuosos y delgados; sólo en el ecuador del ojo se observa pigmento negro.

Reacción de Wassermann en la sangre negativa.

” ” ” ” el L. C. R. positiva.

Análisis de orina: normal; ptaleína: normal.

Eliminación a los 15' — 45%.

” ” ” 30' — 20%.

” ” ” 45' — 10%.

Tiempo de coagulación: 8'.

Prueba de Duke 4 minutos, abundante y con ritmo en cúpula.

Tratamiento antisifilítico intenso hecho con mercurio y bismuto.

Operado por el Dr. Aceves el 6 de diciembre de 1935; simpatectomía periarterial carotídea en el lado derecho. Dos meses después no se observó ninguna mejoría.

El 3 de enero de 1936, simpatectomía del lado izquierdo: tensión ocular después de la operación. O.D. — 30.

O.I. — 25.

Después de la operación tratamiento intenso con sales de bismuto; 4 meses después deja el Hospital con agudeza visual en el O.I.: 1/10; la misma que tuvo después de la operación; el derecho no obtuvo ninguna mejoría.

Obs. Núm. 3. Trinidad A., de 35 años, soltera, antigua sifilítica, tratada con mercurio, yoduro y bismuto, comenzó a enfermarse del ojo derecho en abril de 1934 y cinco meses después del izquierdo.

Presenta una atrofia óptica y retinitis pigmentaria.

Agudeza visual en ambos ojos igual a la visión de la primera letra de la escala a 2 metros. Tensión arterial Mx. 110; Mn. 80. Pulso 80. Tensión ocular de 22 en ambos ojos.

Simpatectomía del lado derecho el 10 de agosto de 1934 practicada por el Dr. Aceves; un mes después, operación del izquierdo; en los

siguientes, ligera mejoría en su visión. Se continúa el tratamiento específico y deja el Hospital a fines de 1934 con la misma visión que tenía antes de la operación.

Obs. Núm. 4. Enrique G., de 56 años de edad, ocupó la cama 3 de la sala 19.

Antiguo hemipléjico con retinitis pigmentaria y atrofia post-neurítica en ambos ojos. Reacciones positivas en el L. C. R. Visión del ojo derecho igual a 0; del congénere igual a dedos a 50 centímetros. Comenzó su enfermedad hace 5 años y desde entonces se le aplicaron diversos tratamientos antisifilíticos. Con el Dr. Aceves hacemos con un mes de intervalo simpatectomía periarterial carotidiana el 2 de diciembre de 1935. Ocho días después ligera mejoría de su visión; con el derecho ve luz y con el izquierdo comienza a ver bultos.

El 9 de enero de 1936 con el izquierdo ve 1/10 a 3 metros de distancia, y con el derecho sólo luz. Seis meses después conserva la misma agudeza del izquierdo.

Obs. Núm. 5. Manuel E., de 33 años de edad, con atrofia blanca de los nervios ópticos por tabes superior; comenzó su enfermedad hace 6 años. Actualmente su agudeza visual es de 0 en el O.D. y de dedos a 10 centímetros en el O.I.; hospitalizado en agosto de este año. Tensión arterial: mx. 130, mn. 85.

Pulso 85; tensión ocular O.D. igual a 30; O.I. igual a 25.

El Dr. Ramírez López practicó 2 simpatectomías con resección del ganglio estelar en septiembre de este año; días después mejoró poco su visión a la de dedos a 1 metro.

Antes de la operación la presión retiniana era de mx. 60 y mn. 30; 15 días después de la intervención fué de 70 mx. y 48 mn., es decir, se transformó en un tipo de hipertensión diastólica con latido venoso y circulación retiniana fragmentaria.

El examen histológico del ganglio estelar lo practicó el Dr. Villaseñor, del Laboratorio del Hospital Juárez; confirmó dicha formación con células nerviosas y ganglionares y fibras amelínicas. El enfermo conservó la poca visión que obtuvo, cuando dejó el Hospital en noviembre de este año.

Obs. Núm. 6. María O., de 48 años, tuvo 9 hijos y 5 abortos; atrofia descendente de los nervios ópticos, desde hace 8 años; agudeza vi-

sual del O.I. igual a 0.; del O.D. igual a 1/10; no obstante el tratamiento intenso antisifilítico a que se sometió.

Reacciones serológicas positivas en el L. C. R. Hospitalizada el 10 de septiembre de este año. El Dr. Ramírez López practicó el 9 de octubre la resección del estelar con simpatectomía carotidiana izquierda. Tres días después mejoró la visión del izquierdo hasta ver bultos a 20 centímetros; la presión retiniana se modificó en esta forma: O.D. mx. 65 y mn. 35, O.I. mx. 130 y mn. 45 el 31 de octubre de 1936.

Continúa en observación para operar el lado derecho.

Obs. Núm. 7. Joaquín B., de 33 años; a los 22 chanero sifilítico. Se trató insuficientemente con Neo hasta 0.75. Dos años después caída de pelo, dolores de piernas, titubeo al andar, ambliopía, fosfenos. En el examen (noviembre de 1935) se observa lo siguiente: abolición del reflejo patelar, hipotonía de los miembros inferiores, astasia; signo de Romberg; disminución del tono en los miembros inferiores y desórdenes de la sensibilidad profunda. Enflaquecimiento con ceguera casi completa. Con diagnóstico de tabes y atrofia de los nervios ópticos, se hace en el Sanatorio del Dr. Ramírez Moreno, la inyección de 2 c.c. de sangre palúdica el 3 de diciembre de 1935.

L. C. R. Tensión 45; 38 leucocitos por mm.³ 20% de albúmina; reacción positiva a las globulinas y las reacciones al oro coloidal, masticque bicelerido, las reacciones de Wassermann y de Müller fueron intensamente positivas.

La radiografía y ventriculografía enseña deformadas las apófisis clinoides anteriores y posteriores; no hay bloqueo; los ventrículos normales; se nota un engrosamiento irregular en los huesos de la órbita del cráneo.

Agudeza visual O.D. igual dedos a 2 metros.

” ” O.I. ” ” ” 2 1/2.

Hemianopsia binasal con atrofia papilar. Se instituye el tratamiento siguiente: paludoterapia y bismuterapia; inyecciones intravenosas de hiposulfito de sodio, unguento doble, vacineurina. Mejora el estado general, mientras que el local continúa igual. El Dr. Zueckermann hace la alcoholización del ganglio estelar; se observa ligero síndrome de Claudio Bernard Horner, pero ninguna mejoría en su visión. Días después resección de dicho ganglio y simpatectomía carotidiana.

En los días siguientes y 6 meses después no se observó ninguna mejora en su visión, aunque mucho mejoró su estado general.

Obs. Núm. 8. Arnoldo M., de 22 años de edad, originario de Pihuano, Jal., con tabes juvenil y atrofia gris descendente; hace dos años y medio comenzó a disminuir su visión de una manera lenta pero progresiva; su primera manifestación sexual la hizo a los 14 años cuando contrajo el accidente primario. Signo de Argyl Robertson; pupila izquierda oval, derecha redonda.

Hace un año un homeópata desencadenó la disminución de visión con una serie de neosalvarsán.

Agudeza visual O.D. dedos a 20 c.

„ „ O. I. „ „ 2 metros. Hemianopsia heterónima.

Punción lumbar sentado 34; al hacer compresión de las yugulares sube a 44; se extraen 20 c.c. de L.C.R. y la presión marcó 18; nueva extracción de 10 c.c. con registro de 13 al Mac Claude, para inyectar 20 c.c. de aire. Placa en el occipital: sistema ventricular normal; se nota engrosamiento irregular en la bóveda; frente-placa; el aire ocupa ambos ventrículos laterales, más marcada la imagen del ventrículo derecho; placa lateral; el aire ocupa las diversas porciones del sistema; engrosamiento irregular en el plano óseo de la bóveda: silla turca ensanchada, deformada, rechazadas hacia atrás las apófisis clinoides posteriores.

Se inyecta el 21 de febrero de este año 4 c.c. de sangre palúdica en el Sanatorio del Dr. Ramírez Moreno; se producen 7 accesos diarios con temperaturas de 40 y de 41 grados, el último el 4 de marzo. Bismuterapia intensa en abril, marzo y julio y la agudeza visual permanece estacionaria.

En agosto de este año el Dr. Zuckermann hace del lado derecho la ablación del ganglio estelar y la decorticación de la carótida. Un mes después mercurialización; en octubre tratamiento con dosis altas de yodo. El 31 del mismo mes, el campo visual y la agudeza no han sufrido ninguna mejoría.

Tengo noticias que los Dres. Puig Solanes y Sánchez Bulnes han hecho operar a dos enfermos con resultados medianos.

En estos últimos meses he aconsejado la operación al siguiente enfermo con resultado espléndido.

Obs. Núm. 9. Elías M. G., de 63 años de edad, viudo, originario de Guaymas, Sonora, fué admitido en el Hospital Juárez el 22 de abril de este año, en la sala 21, cama 8.

Antecedentes hereditarios sin importancia. Antecedentes personales no patológicos. En 1907 inició una vida de desorden; ingería fuertes cantidades de alcohol y en el año de 1911 fué operado de un absceso hepático. Durante ese tiempo sus comidas, sus sueños y en general todo su régimen fué desordenado.

Antecedentes personales patológicos; blenorragia en cinco ocasiones, que dejaron como consecuencia una estrechez uretral de la que fué operado en el año de 1936 en el Hospital General. Chancro duro hace 20 años con infartos ganglionares.

Estado actual: hace 6 años y medio empezó a sentirse enfermo de la vista y del aparato digestivo. Aparato digestivo: enterocolitis mucosmembranosa, períodos de constipación de tres a cinco días, alternando con diarrea.

Aparato visual. Comenzó con hemicranea derecha y disminución progresiva de su visión, más acentuada en el ojo izquierdo.

La exploración oftalmológica reveló una atrofia descendente de los nervios ópticos con reflejos pupilares disminuídos, signo de Argil-Robertson por tabes, reacción de Wassermann positiva en el líquido céfalo-raquídeo.

Agudeza visual, ojo derecho igual a la percepción de la mano a medio metro de distancia; con el ojo izquierdo tan sólo a veinte centímetros.

Orina normal; eliminación de ptaleína, a los quince minutos 30%, a los treinta 20% y a los cuarenta y cinco minutos 15%. Tiempo de sagrado dos minutos y de coagulación cinco y medio. Tratamiento antisifilítico intenso.

Con anestesia local el Dr. Robles hizo estelectomía y simpatectomía pericarotidiana derecha. Momentos después de la operación apareció el síndrome de Claudio Bernard Horner. Al día siguiente la tensión arterial mx. 140, mn. 90; la tensión ocular al Schitz fué en el ojo derecho 25 y en el ojo izquierdo 24; antes de la operación la tensión intrarretiniana fué la siguiente mx. 80, mn. 60 para el ojo derecho; en el ojo izquierdo mx. 75, mn. 50, después de la operación sufrió es-

ta modificación: el ojo derecho mx. 100, mn. 75; la izquierda continúa igual.

La visión mejoró considerablemente: ve los dedos de la mano a cinco metros; cuando deja el Hospital el 21 de mayo la visión con el ojo derecho es de dos décimas de agudeza visual. Próximamente se operará el ojo izquierdo.

Obs. Núm. 10. J. Encarnación E., soltero, de 36 años de edad, originario de Texcoco, ocupó la cama 9 de la sala 9. Con antecedentes hereditarios ignorados por haber quedado huérfano desde muy pequeño. Sus antecedentes patológicos personales son negativos en lo referente a la lúes; sin embargo, ha padecido reumatismo con exacerbaciones nocturnas desde hace muchos años y bebe pulque desde los 13. Refiere que hace tres meses aproximadamente empezó a sentirse enfermo de los ojos, consistiendo dicho padecimiento en ver los objetos empañados y con cierta dificultad (pérdida progresiva de la visión); después veía a una distancia de 8 metros y últimamente, cuando se decidió a consultar al especialista, veía los objetos a metro y medio de distancia; en estas condiciones se presentó a la Clínica de Ojos del Hospital Juárez el 7 de abril del presente año; a la inspección se nota en este enfermo su mirada vaga e indiferente, que hace suponer al clínico que la afección radica en el fondo de los ojos. En la exploración se ve una atrofia post-neurítica de los nervios ópticos. Se le somete a un tratamiento de bismuto y mercurio.

Ojo derecho: pupila dilatada con abolición de sus reflejos; agudeza visual igual a 0, tensión intraocular 22 mm. retiniana mx. 80, mn. 60. Ojo izquierdo: pupila medianamente dilatada, oval, reflejos disminuídos, tensión ocular 23; retiniana mx. 90, mn. 60; agudeza visual de dedos a metro y medio de distancia.

En estas condiciones el Dr. Aeeves practica el 8 de mayo de este año la simpatectomía carotidiana del lado derecho. El síndrome de Claudio Bernard Horner aparece al tercer día y la tensión retiniana sufre débiles oscilaciones; la visión en el ojo izquierdo mejora a la percepción de los dedos a 5 metros de distancia.

CONCLUSIONES

1º Hemos sido los primeros en México en emplear este tratamiento en las atrofas del nervio óptico.

2º En cinco casos, de diez estudiados, se notó una mejoría indiscutible de la visión, sobre todo en la Obs. Núm. 1, que perdura después de año y medio y en la Núm. 8.

3º En la Obs. Núm. 1, después de la simpatectomía unilateral se observó una mejoría de la agudeza visual, no sólo del lado operado, sino del congénere.

4º Estas modificaciones favorables en la agudeza visual se hicieron patentes en 4 enfermos con lesiones del nervio óptico.

5º En los casos de retinitis pigmentaria no se observó ninguna mejoría.

6º La operación no produce ningún trastorno general.

7º En dos enfermos con atrofia descendente no se observó ninguna mejoría, dado lo avanzado de su padecimiento.

No obstante los fracasos de esta operación, es posible esperar de ella algún resultado cuando, seleccionando los enfermos, no se encuentren en el período terminal de la atrofia, máxime cuando poco o nada se logra con las terapéuticas actualmente empleadas.

La estelectomía, practicada por primera vez en nuestro medio para tratar la atrofia óptica, da mejores resultados que la simpatectomía pericarotidiana y la resección del paraganglio preconizada por Magitot.

BIBLIOGRAFIA

- (1) **Jonesco.**—La extirpation du ganglion cervical superieur.
- (2) **Moore Ball.**—Sympathectomie pour glaucome et pour atrophie des nerfs optiques. *Annales de Oculistique.* 1899.
- (3) **Demicheri.**—Traitement de l'atrophie tabetique des nerves optiques. *Annales de Oculistique.* 1900.
- (4) **Rohmer (Nancy).**—Quelques observations du sympathectomie dans le glaucome. *Annales de Oculistique.* 1902.
- (5) **Lagrange F.**—De la resection du sympathique dans le glaucome. *Annales de Oculistique.* 1903.
- (6) **Dunn.**—Troubles oculaires consecutifs a la compression o a la elongation du sympathique cervicodorsal. *Annales de Oculistique.*
- (7) **Goebel.**—Therapeutique du nerve optique. *Annales de Oculistique.*
- (8) **Abadie Ch.**—Indicaciones de la simpatectomía periarterial carotidiana en los espasmos de la arteria central. *Annales de Oculistique.* Enero de 1935.

- (8) **Abadie Ch.**—Nature y traitement du goitre exophtalmique. Congresc du Chirrugie. 1896.
- (8) **Abadie Ch.**—Des indications de l'ablation du ganglion cervical supérieur dans le glaucome. Archives de Ophtalmologie. 1901.
- (8) **Abadie Ch.**—Considerations sur la physiologie et la pathologie du grand sympathique. Annales de Oculistique.
- (8) **Abadie Ch.**—La sympatectomie dans le glaucome.
- (9) **Laubert.**—L'hypotemie vasculaire général, son rapport a la pression oculaire et aux maladies du nerf optique. Annales de Oculistique. Octubre de 1935.
- (10) **Hering.**—Le nerf du senus carotidienne.
- (11) **Ballart.**—Le rôle du grand sympathique en pathologie oculaire. Annales de Oculistique. 1935.
- (12) **Magitot.**—La sympatectomie carotidienne chez l'homme et leur aplicaciones dans certains afecciones du nerf optique et de la retine. Annales Optalmologie. 1935.
- (13) **Scarlett.**—Frecuence du syndrome de Claude Bernard-Horner.
- (14) **Angelucci.**—Sympatectomie dans le glaucome.
- (15) **Albertotti.**—Sympatectomie dans le glaucome.
- (16) **Axenfel.**—Sympatectomie dans le glaucome.



Algunas Consideraciones Sobre la Canalización en Cirugía

Por el Dr. ROSENDO AMOR *

En Medicina empleamos algunas palabras que no pertenecen a nuestro tecnicismo, sino que tienen una aplicación general o pertenecen a otros tecnicismos científicos. Canalizar quiere decir hacer canales o surcos para regularizar el cauce de un río o de un arroyo, obligándolo a llevar determinado curso y dirección. Drenaje significa desaguar, sanear sistemas de eliminación de aguas sucias, ya sea para el secado de un terreno agrícola, para sanearlo, ya para eliminar las aguas contaminadas de las ciudades. El drenaje implica por lo visto una serie de maniobras o de operaciones que llevan por objeto especial facilitar el escurrimiento de las aguas perjudiciales a la vegetación de las plantas cultivadas, desecando metódicamente con tubos de formas variadas campos demasiado húmedos, que por esta circunstan-

* Trabajo reglamentario de turno, leído en la sesión de 21 de abril de 1937.